



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
SERVIÇO DE DERMATOLOGIA

**CARCINOMA BASOCELULAR COM MARGENS COMPROMETIDAS:
OBSERVAR OU REINTERVIR?**

GABRIELA POGLIA FONSECA

Trabalho de conclusão apresentado
no Programa de Pós-Graduação em Dermatologia
do Hospital de Clínicas – UFPR.

Orientador: Dr. Jesus Rodriguez Santamaría

CURITIBA

2010

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à todos os professores do Serviço de Dermatologia do HC-UFPR, que tornaram a dermatologia ainda mais sedutora e encantadora para mim. E à todos os amigos de residência, que fizeram os dois anos em Curitiba passarem em minutos.

Ame a Dermatologia,
faça dela uma das razões de sua vida,
e terá sempre uma razão para viver.

(Sebastião Sampaio)

ÍNDICE

RESUMO-----	5
ABSTRACT-----	7
INTRODUÇÃO-----	9
OBJETIVOS DO TRABALHO-----	12
REVISÃO DA LITERATURA-----	13
MATERIAIS E MÉTODOS-----	16
RESULTADOS-----	18
DISCUSSÃO-----	20
CONCLUSÃO-----	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	24
ANEXOS-----	26

RESUMO

INTRODUÇÃO: O manejo dos carcinomas basocelulares tratados cirurgicamente e apresentando margens positivas no exame histopatológico permanece controverso. Alguns autores preconizam a reintervenção cirúrgica imediata enquanto outros adotam uma conduta mais conservadora, de acompanhamento periódico destes pacientes. A literatura é bastante variável com relação às taxas de recorrências destes tumores estando entre 10 e 67%.

OBJETIVOS: Determinar as taxas de recorrência de carcinoma basocelular em pacientes onde houve evidência microscópica de tumor residual nas margens de ressecção cirúrgica. Secundariamente, objetivamos identificar características morfológicas que pudessem predispor a uma maior recidiva destes tumores.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo observacional e retrospectivo realizado através da análise dos registros hospitalares de 257 pacientes entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). De um total de 265 carcinomas basocelulares tratados cirurgicamente, dezessete preencheram os critérios de inclusão e foram avaliados por um período mínimo de cinco anos de acompanhamento.

A taxa de recidiva do carcinoma basocelular foi avaliada nos pacientes que foram submetidos à reintervenção cirúrgica e naqueles que apenas foram observados, através da revisão dos prontuários médicos e contato telefônico com os pacientes.

Características clínicas como o sexo e idade dos pacientes, localização e tamanho do tumor, presença ou não de ulceração, tipo histológico e tipo de

margem comprometida foram coletadas para avaliação destas variáveis como determinantes de maior recorrência da neoplasia.

RESULTADOS: A taxa de margem positiva após exérese cirúrgica dos carcinomas basocelulares foi de 8,6%. Houve um caso de recidiva no grupo observação e um caso no grupo reintervenção cirúrgica. As variáveis clínicas, tamanho do tumor, localização, tipo histológico, presença de ulceração e tipo de margem comprometida não diferiram significativamente entre os grupos observação versus reintervenção, não sendo possível, no presente estudo, considerá-los fatores determinantes na variabilidade das taxas de recidiva.

CONCLUSÃO: A escolha do tratamento no carcinoma basocelular com margens positivas deve ser individualizada a fim de reduzirmos as recidivas destes tumores.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma basocelular, recidiva, margens positivas.

ABSTRACT

BACKGROUND: The best way to treat basal cell carcinomas surgically removed with positive histopathological margins is controversial. Some authors believe that the more appropriate treatment is an immediate new surgery while others prefer a periodic follow up. The rates of recurrence are variable in literature, between 10% and 67%.

OBJECTIVE: To define the recurrence rate of basal cell carcinoma with positive margins after surgery. Secondly, identify morphological aspects that can suggest a more frequent tumoral recurrence.

METHODS: This was a retrospective and observational study made by analysis of medical records of 257 patients between January 2003 and December 2004 in Hospital de Clínicas- Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). From 265 basal cell carcinomas surgically treated, only seventeen fulfilled inclusion criteria and were evaluated for 5 years or more. Recurrence rate of these tumors was analysed in all patients and clinical characteristics such as sex, age, tumor size, tumor location, ulceration, histological type were evaluated in order to find if they were related to more tumoral recurrence.

RESULTS: The rate of positive margins after surgery was 8,6%. There was one case of tumoral recurrence in the observation group and one case in the re-excision group. Tumor size, location, histological type, ulceration and type of margin positive did not differ statistically between groups. In this study, it was not possible to consider if these factors were important in recurrence rates.

CONCLUSIONS: The treatment of choice in basal cell carcinoma with positive margins must be individualized to reduce recurrence rates.

KEY WORDS: Basal cell carcinoma, recurrence, positive margins.

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna cutânea mais comum, representando 75% dos tumores primários de pele de origem epitelial^{1,2,3,4,5,6,7}. E a sua incidência vem aumentando rapidamente. Nas últimas três décadas, houve um incremento nas taxas de incidência deste tumor de 20% para 80% nos Estados Unidos, aumento percebido mundialmente¹.

Não há acordo sobre a sua histogênese, admitindo-se que não resulte de uma proliferação anaplásica de células, mas de células epiteliais imaturas pluripotentes que perderam sua capacidade de diferenciação e queratinização normais. É, conseqüentemente, um tumor capaz de originar-se não somente de células da camada basal da epiderme, bem como de diferentes partes do aparelho folicular, não justificando a denominação de carcinoma².

A exposição cumulativa à radiação ultravioleta está fortemente implicada no surgimento do carcinoma basocelular, especificamente a radiação ultravioleta B (UVB). Outros fatores desencadeantes incluem a idade avançada, exposição ao arsênico, radioterapia e síndromes genéticas (Síndrome do Nevo Basocelular, Xeroderma Pigmentoso, entre outras)^{1,2,7}.

O tumor acomete preferencialmente homens (relação 2:1) acima de 40 anos de idade^{1,2,4,7}, sendo 68 anos a média de idade no diagnóstico¹. O local de maior aparecimento de carcinoma basocelular compreende a região de cabeça e pescoço, preferencialmente nos dois terços superiores^{1,2,4}. Mulheres apresentam uma maior freqüência de CBC nos membros inferiores e homens em região auricular, estimativas estas relacionadas ao modo de vestimenta e cortes de cabelos nos diferentes sexos¹.

Caracteriza-se pelo seu crescimento lento e raramente metastatiza devido ao baixo potencial angiogênico, entretanto, devido à sua malignidade local, pode invadir e destruir tecidos adjacentes ^{2,6,7,8}. Em raros casos, a neoplasia tem um comportamento destrutivo com altas taxas de recidivas e metástases para linfonodos regionais, pulmões, ossos e pele ^{1,9}.

A exérese cirúrgica tradicional tem se mostrado efetiva no tratamento da maioria dos carcinomas basocelulares^{1,4,5}, sendo uma das modalidades terapêuticas mais freqüentemente utilizadas para esta finalidade^{3,4,10,11}. A margem cirúrgica preconizada é de quatro milímetros^{1,3,10}, tendo sido demonstrado uma remoção tumoral adequada em 98 % dos casos de CBC não esclerodermiforme e menores que dois centímetros¹. Na face, entretanto, a localização funcional do tumor e a questão cosmética muitas vezes não permitem a exérese cirúrgica com tal margem¹⁰.

Outras alternativas terapêuticas não cirúrgicas devem ser consideradas em um grupo seletivo de pacientes com tumores de baixo risco como crioterapia, eletrocoagulação e curetagem, terapias tópicas (5-fluoracil, imiquimod, terapia fotodinâmica). São tratamentos que fornecem resultados cosméticos mais satisfatórios, maior conveniência para o paciente e menor custo, na maioria das vezes⁵.

Apesar da excisão adequada das lesões tumorais, margens histológicas comprometidas ocorrem em frequência variável ^{3,7,9,12,13}. O manejo de carcinomas basocelulares com margens positivas permanece controverso, surgindo um dilema importante: realizar ampliação cirúrgica da lesão imediatamente ou optar pela observação e acompanhamento destes pacientes

reservando o tratamento caso ocorra recidiva clínica posterior da neoplasia^{3,4,11,12,14}.

A literatura é bastante variável com relação às taxas de recorrências destes tumores estando entre 10 e 67%,^{3,5,6,9,11,12}. Em um trabalho realizado por Friedman e colegas, todos os quinze tumores acompanhados clinicamente recidivaram, porém o autor conclui que a amostra era constituída de carcinomas de tipo histológico mais agressivo¹⁵. Antagonicamente, evidenciamos recidivas entre 5 e 14% quando os tumores são completamente excisados, e taxas ainda menores em outros estudos^{3,5}.

OBJETIVOS DO TRABALHO

O objetivo principal do estudo foi determinar as taxas de recorrência de carcinoma basocelular em pacientes onde houve evidência microscópica de tumor residual nas margens de ressecção cirúrgica, avaliada pelo serviço de patologia do Hospital de Clínicas de Curitiba.

Secundariamente, objetivamos identificar características morfológicas que pudessem predispor a uma maior recidiva destes tumores como tamanho da lesão, localização do tumor, tipo histológico, presença de ulceração, tipo de margem comprometida e características do paciente como idade e sexo.

REVISÃO DA LITERATURA

Muitos autores acreditam que a melhor conduta frente a um carcinoma basocelular com margens positivas no exame histopatológico seja a reintervenção imediata, enquanto outros preferem adotar uma atitude mais conservadora^{3,4,11,12,14}.

Um tratamento mais agressivo não se justifica em pacientes idosos cujas condições clínicas não são satisfatórias, principalmente em lesões de menor risco de recidiva. Por outro lado, parece sensato considerar um tratamento mais agressivo em indivíduos mais jovens¹¹.

A valorização do dado “margens positivas” no exame deve ser realizada com cautela, em virtude da grande variabilidade de conceitos na definição das margens¹¹. Abide e colegas realizaram um estudo entrevistando onze patologistas sobre a definição de margens positivas, resultando em grande disparidade de respostas mesmo dentro de um mesmo hospital. A definição de “coincidente” consistiu em presença de tumor entre zero e cinco milímetros da margem cirúrgica. Da mesma forma, vinte e cinco cirurgiões foram interrogados sobre sua conduta frente ao exame histopatológico, havendo uma tendência à reintervenção cirúrgica se margens positivas e observação se margens coincidentes¹⁶. Assim, ainda não existe um consenso entre os dermatopatologistas sobre o conceito de margens positivas no exame histopatológico¹¹.

Além disso, a presença de margens histológicas comprometidas não necessariamente prediz recorrência^{9,12}. A reintervenção imediata com análise histopatológica subsequente foi capaz de evidenciar tumor residual em uma

média de apenas 33% dos casos (7-45%). As razões para tal achado são: o tumor se apresentava apenas na margem cirúrgica, não ultrapassando a mesma; a análise histopatológica pelo método tradicional não foi capaz de detectar o tumor, visto que apenas 0,2% a 2% do material é analisado com os cortes na técnica habitual; ou as células tumorais foram destruídas pela inflamação pós-operatória¹¹.

Existem evidências demonstrando que os carcinomas basocelulares desaparecem após biópsia em 25% a 34% dos pacientes, havendo um papel primordial do sistema imune na destruição tumoral^{5,11}. Estudos sugerem uma função importante dos linfócitos T CD4+ e suas citocinas inflamatórias na regressão espontânea do carcinomas epiteliais⁵.

Da mesma forma, tumores cujas margens de ressecção foram negativas também podem recidivar, em virtude da persistência de um tumor multifocal ou da pequena amostragem avaliada pelo dermatopatologista a não ser que a cirurgia de Mohs tenha sido realizada^{9,12}.

A escolha pelo melhor tratamento deve ser individualizada, levando em consideração fatores que podem influenciar na prognose do carcinoma basocelular como tamanho do tumor, localização, tipo histológico, definição de margem comprometida e condições clínicas do paciente⁹. Adicionalmente, o acompanhamento do paciente com diagnóstico de carcinoma basocelular deve ser realizado periodicamente, independentemente da conduta terapêutica adotada, visto que um acompanhamento por 3 anos irá identificar 66% das recidivas⁶ e 75% das recorrências ocorrerão em 5 anos⁹.

Os carcinomas basocelulares são comumente classificados em agressivos e não agressivos. Os subtipos histológicos micronodular, infiltrativo

e esclerodermiforme são considerados agressivos em contraste com os subtipos superficial e nodular⁴. Um estudo realizado por Boulinguez e colegas evidenciou uma mudança no padrão histológico nas recidivas em 24% dos carcinomas estudados (8 de 33), evoluindo para um subtipo mais agressivo⁴.

Com relação à localização do tumor, a grande maioria dos CBCs cujas margens são positivas encontra-se na região de cabeça e pescoço^{3,12}, sendo a porção medial da face e o nariz os sítios de maior incidência³. Uma meta-análise publicada sobre este assunto encontrou um risco relativo de 2,24 vezes maior número de carcinomas basocelulares nas regiões do nariz e orelhas do que no restante do corpo¹⁷. Muitos autores concordam que as áreas perinasal e periocular consistem em locais de pior prognose ocorrendo uma frequência maior de recidivas nestas regiões nos carcinomas incompletamente excisados^{4,11}.

A margem lateral é mais comumente envolvida que a margem profunda, porém é consensual que a recorrência aumenta quando a margem profunda encontra-se comprometida^{3,11}.

Adicionalmente, carcinomas basocelulares apresentam um maior risco de recorrência em lesões maiores que dois centímetros⁶. A influência de todos os fatores supracitados sobre a recidiva do carcinoma basocelular permanece contraditória entre os diferentes estudos^{6,7,9,11,12,13}.

A grande maioria dos autores preconiza uma conduta menos invasiva nos tumores menos agressivos, ou seja, primários, pequenos, não ocorrendo no centro da face e orelhas, com histologia superficial ou nodular e com comprometimento de margens laterais em pacientes idosos com baixa expectativa de vida^{4,6,11}.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e retrospectivo realizado, a partir da aprovação do Comitê de Ética, através da análise de registros de todos os casos de carcinoma basocelular diagnosticados no período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). A verificação dos dados foi efetuada a partir do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do hospital. Casos mais recentes não foram revisados a fim de alcançarmos um período de acompanhamento mínimo de 5 anos de todos os pacientes a partir do tratamento, período este recomendado pela literatura.

Posteriormente, foram revisados os laudos histopatológicos destes carcinomas através do banco de dados do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), incluindo no trabalho, todos os pacientes submetidos à exérese cirúrgica de carcinoma basocelular confirmado histologicamente e apresentando margens positivas no presente exame anátomo-patológico. A definição de “margens positivas” considerada foi a descrição no exame de margens comprometidas, coincidentes ou exíguas. Todos os tumores foram tratados com intenção curativa através de fechamento primário simples ou com retalhos e enxertos cutâneos.

Pacientes cuja lesão possuía menos do que 5 anos de acompanhamento, com síndromes predispondo o aparecimento de carcinomas basocelulares, submetidos à biópsias com punch ou incisionais com intenção

diagnóstica ou tratados através de métodos não cirúrgicos foram excluídos do estudo.

Seqüencialmente à determinação deste subgrupo de pacientes com carcinoma basocelular demonstrando margens positivas após exérese cirúrgica, foram coletados dados, a partir da revisão dos prontuários médicos, relacionados à conduta médica preconizada: observação clínica ou reintervenção cirúrgica. Características clínicas como o sexo e idade dos pacientes, localização e tamanho do tumor, presença ou não de ulceração, tipo histológico e tipo de margem comprometida foram coletadas para avaliação destas variáveis como determinantes de maior recorrência da neoplasia. Dados não descritos no prontuário médico foram adquiridos através do contato telefônico com os pacientes ou familiares.

Análise estatística foi realizada usando o teste não paramétrico de Mann-Whitney (variável idade) e o teste exato de Fischer (demais variáveis), sendo um $p > 0,05$, estatisticamente significativo.

RESULTADOS

No período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004, 257 pacientes tiveram 379 diagnósticos de carcinoma basocelular confirmados histologicamente no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Do total, 265 tumores foram excisados cirurgicamente evidenciando-se margens livres no laudo histopatológico enquanto 47 foram tratados com outros métodos não cirúrgicos (curetagem + eletrocoagulação, crioterapia, imiquimod, radioterapia). Dez tumores apresentaram resolução espontânea após biópsia enquanto 32 tumores não foram tratados no hospital por perda de seguimento dos pacientes.

Em vinte e cinco pacientes que foram submetidos à excisão cirúrgica dos carcinomas, evidenciou-se margem comprometida no histopatológico, perfazendo 8,6% do total. Do total, 76% dos carcinomas com margens comprometidas foram tratados por dermatologistas e 24% em outros serviços, em virtude da grande demanda de tumores tratados no serviço de dermatologia deste hospital.

Porém, em virtude do acompanhamento inferior à 5 anos, oito pacientes foram excluídos do projeto. Dos 17 pacientes avaliados, 15 foram observados periodicamente ocorrendo 1 caso apenas de recidiva após 3 anos e 10 meses (6,6%). Nos dois casos submetidos à reintervenção cirúrgica precoce, houve recidiva de 1 caso após dois meses (50%). O tempo médio de surgimento de recidiva nos dois grupos foi de 24 meses.

A média de idade dos pacientes foi de 61,29 anos (35-80 anos) havendo uma predominância de pacientes do sexo feminino (64,71%) com relação ao

sexo masculino (35,29%), porém não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (observação versus reintervenção) com relação à idade ($p=0,88$) e sexo($p=0,59$). **(Tabelas 1 e 2)**

O principal sítio anatômico de carcinoma basocelular excisado incompletamente encontrado no estudo foi cabeça e pescoço com a totalidade dos 17 casos ocorrendo nestas regiões, sendo que 41,18% ocorreram na região nasal **(Tabela 3)**. A maior parte das lesões (82,36%) compreenderam tumores menores que 2 centímetros de diâmetro **(Tabela 4)**.

As variáveis clínicas tamanho do tumor, localização, tipo histológico, presença de ulceração e tipo de margem comprometida não diferiram significativamente entre os grupos observação versus reintervenção, não sendo possível, no presente estudo, considerá-los fatores determinantes na variabilidade das taxas de recidiva **(Tabelas 5,6 e 7)**.

DISCUSSÃO

A taxa de margens positivas após exérese cirúrgica de carcinoma basocelular apresentadas no presente estudo foi de 8,6% (25 de 290 tumores tratados cirurgicamente), resultado bastante favorável em comparação com a literatura^{6,7, 9,10,13,14,15}. Nossa baixa taxa de tumores incompletamente excisados provavelmente reflete a correta indicação cirúrgica e a capacitação profissional adequada dos médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Frente ao número reduzido de pacientes em nossa amostra, tivemos somente um caso de recidiva nos dois grupos estudados (observação e reintervenção cirúrgica). Além de demonstrar a natureza menos agressiva das lesões tratadas, este dado aponta para a dificuldade de realização de um estudo retrospectivo em um único centro, visto a raridade de carcinomas basocelulares com margens positivas. Estudos multicêntricos seriam a melhor opção de pesquisa para esclarecer as dúvidas quanto ao manejo destes pacientes⁴.

O tempo médio de recorrência na maioria dos estudos é menos de 3 anos para o carcinoma basocelular, condizente com os 24 meses encontrados em nosso estudo¹².

A média de idade dos pacientes (61,29 anos) foi compatível com os achados em outros trabalhos, assim como não houve diferença de idade entre

o grupo observação e reintervenção cirúrgica, contrastando com os achados de Kumar e colegas, que encontraram uma média de idade mais elevada no grupo de pacientes submetidos à uma nova cirurgia³. Entretanto, corroborando nossos resultados, a maioria das séries não demonstrou serem variáveis significativas a idade e o sexo³.

A totalidade das lesões de carcinoma basocelular com margens positivas em nosso hospital estavam situadas na região da cabeça, com 41,18% na região nasal. Nariz, mento, canto medial do olho, pálpebra inferior e sulco nasogeniano apresentam um risco de margens comprometidas maior que 10% e de recorrência da doença em torno de 30%⁷. A razão para o maior número de carcinomas excisados incompletamente nestas regiões reside na relutância em retirar pele na quantidade adequada em virtude do comprometimento das unidades cosméticas e na fusão de fendas embrionárias nestes locais³.

A maior parte das lesões apresentava tamanho menor que dois centímetros, denotando a procura pelos serviços médicos por parte do paciente e o diagnóstico correto e precoce dos médicos, assim como visto em outros estudos^{3,9,10}.

O tipo histológico predominante de carcinoma basocelular no estudo foi o nodular(82,35%). O CBC nodular é a variante clínica mais comum, sendo responsável por aproximadamente 60% de todos os carcinomas basocelulares primários¹. Assim como o estudo realizado Por Wilson e col⁷, não foi possível demonstrar diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos com relação ao tipo histológico, apesar a maioria dos autores enfatizarem que tumores com subtipo histológico mais agressivo (infiltrativo,

esclerodermiforme,entre outros) estão associados com maiores taxas de recidiva^{3,6,11}.

Apesar de não haver significância estatística entre os dois grupos em virtude da pequena amostragem, a margem profunda foi mais freqüentemente comprometida (62,5% dos casos), contrastando com a literatura onde a margem mais afetada é a lateral^{3,11,12}.

Faltam estudos bem delineados para avaliar a importância da presença de ulceração na recidiva de carcinomas basocelulares incompletamente excisados.

Frente à dificuldade de uma maior amostra de carcinomas basocelulares com margens positivas neste estudo retrospectivo, percebemos que o ideal seria a realização de um estudo prospectivo com duração mínima de 5 anos sendo avaliados três subgrupos principais: pacientes com tumores ressecados e margens livres, pacientes com margens positivas e reintervidos cirurgicamente e pacientes com margens positivas e acompanhados periodicamente. Assim, a avaliação das variáveis clínicas responsáveis pela maior taxa de recidiva seria realizada de forma mais confiável.

CONCLUSÃO

Concluimos, no presente estudo, que a porcentagem de carcinomas basocelulares incompletamente excisados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é bastante razoável (8,6%), sendo condizente com os achados da literatura.

A avaliação individualizada de cada paciente na escolha do melhor manejo frente ao carcinoma basocelular com margens positivas é a forma de diminuirmos ainda mais as taxas de recidivas destes tumores, reservando a reintervenção cirúrgica para os casos mais agressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology* 2 ed. Elsevier 2008: pg 1641-1658.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia* 3 ed. Artes Médicas 2008: pg 1163-1166.
3. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. *Br J Plast Surg* 2000, 53: 563-566.
4. Boulinguez S, Grison-Tabone C, Lamant L, Valmary S, Viraben R, Bonnetblanc JM et al. Histological evolution of recurrent basal cell carcinoma and therapeutic implications for incompletely excised lesions. *Br J Dermatol* 2004, 151: 623-626.
5. Rieger KE, Linos E, Egbert BM, Swetter SM. Recurrence rates associated with incompletely excised low-risk nonmelanoma skin cancer. *J Cutan Pathol* 2010, 37: 59-67.
6. Berlin J, Katz KH, Helm KF, Maloney ME. The significance of tumor persistence after incomplete excision of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2002, 46: 549-553.
7. Wilson AW, Howsam G, Santhanam V, Macpherson D, Grant J, Pratt CA et al. Surgical management of incompletely excised basal cell carcinomas of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004, 42(4): 311-314.

8. Bowel DE, Carroll RJ, Day CL. Long term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989, 15: 315-328.
9. Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cells carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk: A retrospective study of 248 patients. *JEADV* 2003, 17:167-170.
10. Kimyai-Asadi A, Alam M, Goldberg LH, Peterson R, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *JAAD* 2005, 53: 464-468.
11. Rios-Buceta L. Management of Basal cell carcinomas with positive margins. *Actas Dermosifiliogr* 2007, 98(10): 679-687.
12. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Rec Surg* 2001, 107: 942-947.
- 13 Liu FF, Maki E, Warde P, Payne D, Fitzpatrick P. A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992, 22: 223-224.
14. Sussman LA, Liggins DF. Incompletely excised basal cell carcinoma: a management dilemma? *Aust N Z J Surg.* 1996, 66:276-278.
15. Friedman HI, Williams T, Zamora S, Al-Assaad ZA. Recurrent basal cell carcinoma in margin-positive tumors. *Ann Plast Surg* 1997, 38: 232-235.
16. Abide JM, Nahai F, Bennet RG. The meaning of surgical margins. *Plast Reconst Surg* 1984, 73: 492-497.
17. Rogalski C, Kauer F, Simon JC, Paasch U. Meta-analysis of published data on incompletely excised basal cell carcinomas of the ear and nose with

introduction of an innovative treatment strategy. J Dstch Dermatol Ges 2007, 136: 1318-1324.

ANEXOS

Tabela 1: Idade

GRUPO	Média	N	D.P	Mínimo	Máximo
Observação	61,33	15	12,85	35	80
Reintervenção	61	2	0	61	61
Total	61,29	17	12,02	35	80

Tabela 2: Sexo

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
SEXO	f	%	f	%	f	%
Masculino	5	33,33	1	50,00	6	35,29
Feminino	10	66,67	1	50,00	11	64,71
Total	15	100	2	100	17	100

Tabela 3: Localização do Tumor

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	F	%	f	%	f	%
NASAL	6	40,00	1	50,00	7	41,18
PERIOCLAR	1	6,67	0	0,00	1	5,88
ORELHAS	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PERIORAL	1	6,67	0	0,00	1	5,88
RESTO FACE	7	46,67	1	50,00	8	47,06
RESTO CORPO	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	15	100,00	2	100,00	17	100,00

Tabela 4: Tamanho do Tumor

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
TAMANHO DO	f	%	f	%	f	%

TUMOR						
MENOR 1CM	9	60,00	2	100	11	64,71
1-2CM	3	20,00	0	0	3	17,65
MAIOR 2CM	3	20,00	0	0	3	17,65
TOTAL	15	100	2	100	17	100,00

Tabela 5: Tipo Histológico

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
TIPO HISTOLÓGICO	f	%	f	%	f	%
SUPERFICIAL	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SÓLIDO	12	80,00	2	100,00	14	82,35
MULTICÊNTRICO	0	0,00	0	0,00	0	0,00
ESCLERODERMIFORME	0	0,00	0	0,00	0	0,00
INFILTRATIVO	0	0,00	0	0,00	0	0,00
OUTROS	3	20,00	0	0,00	3	17,65
TOTAL	15	100	2	100	17	100

Tabela 6: Presença de Ulceração

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
PRESENÇA DE ULCERAÇÃO	F	%	f	%	f	%
SIM	5	33,33	0	0	5	29,41
NÃO	10	66,67	2	100	12	70,59
TOTAL	15	100,00	2	100	17	100,00

Tabela 7 – Margens Comprometidas

	GRUPO					
	Observação		Reintervenção		Total	
MARGENS COMPROMETIDAS	f	%	f	%	f	%
LATERAL	4	28,57	0	0	4	25,00
PROFUNDA	8	57,14	2	100	10	62,50
AMBAS	2	14,29	0	0	2	12,50
TOTAL	14	100	2	100	16	100

